

Ohren

Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, sonstige?

Atmungsorgane

Tuberkulose, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft, sonstige?

Herz- Kreislaufsystem

Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl, Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, arterielle Durchblutungsstörung, sonstige?

Verdauungsorgane

Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, sonstige?

Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane

Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?

Haut, Knochen, Gelenke

Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?

Stoffwechsel

Über- / Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Anämie, sonstige?

Bei FRAUEN:

Schwangerschaft derzeit?

Zyklusstörungen?

Regelblutung derzeit?

Hatten Sie fieberhafte Erkrankungen in den letzten Monaten? (was/wann)

Hatten oder haben Sie andere Krankheiten, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde?
(was/wann)

Wieviel Alkohol trinken Sie? (Art/Menge):

Rauchen Sie? (Art/Menge):

Welche Medikamente nehmen Sie (wieviel?):

Sind Sie bei früheren sportärztlichen Untersuchungen bereits einmal für NICHT TAUGLICH erklärt worden?

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den Arzt!

Datum: _____

Unterschrift: _____

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)